

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1882

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 28 décembre 1882, à 1 heure

PAR STANISLAS-JOSEPH BRESSOT,

Né à Saint-Marcelin (Isère), le 6 mai 1851.

DE LA PLEURÉSIE RHUMATISMALE

Président : M. PETER, professeur.

Juges : MM. } DUGUET, professeur.
 } DEBOVE, TROISIER, agrégés.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

A. PARENT, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

A. DAVY, Successeur

31, RUE MONSIEUR-LE-PRINCE, 31

1882

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1882

THÈSE

N°

59

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 28 décembre 1882, à 1 heure

PAR STANISLAS-JOSEPH BRESSOT,

Né à Saint-Marcelin (Isère), le 6 mai 1851.

DE LA PLEURÉSIE RHUMATISMALE

Président : M. PETER, professeur.

Juges : MM. } DUGUET, professeur.
 } DEBOVE, TROISIER, agrégés.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

A. PARENT, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

A. DAVY, Successeur

31, RUE MONSIEUR-LE-PRINCE, 31

1882

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

Doyen.....	M. BÉCLARD.
Professeurs.....	MM.
Anatomie.....	SAPPEY.
Physiologie.....	BÉCLARD.
Physique médicale.....	GAVARRET.
Chimie organique et chimie minérale.....	WURTZ.
Histoire naturelle médicale.....	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	JACCOUD.
	PETER.
Pathologie chirurgicale.....	GUYON.
	DUPLAY.
Anatomie pathologique.....	CORNIL.
Histologie.....	ROBIN.
Opérations et appareils.....	LE FORT.
Pharmacologie.....	REGNAULD.
Thérapeutique et matière médicale.....	HAYEM.
Hygiène.....	BOUCHARDAT.
Médecine légale.....	BROUARDEL.
Accouchements, maladies des femmes en couche et des enfants nouveau-nés.....	PAJOT.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LABOULBÈNE.
Pathologie comparée et expérimentale.....	VULPIAN.
	SEE (G.)
Clinique médicale.....	LASÈGUE.
	HARDY.
	POTAIN.
Maladies des enfants.....	PARROT.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	BALL.
Clinique des maladies syphilitiques.....	FOURNIER.
Clinique des maladies nerveuses.....	CHARCOT.
	RICHEL.
Clinique chirurgicale.....	GOSSELIN.
	VERNEUIL.
	TRELAT.
Clinique ophthalmologique.....	PANAS.
Clinique d'accouchements.....	DEPAUL.

DOYENS HONORAIRES : MM. WURTZ et VULPIAN.

Professeurs honoraires :

MM. le baron J. CLOQUET et DUMAS.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
BERGER.	GAY	LEGROUX	REMY.
BOUILLY.	GRANCHER.	MARCHAND.	RENDU.
BOURGOIN	HALLOPEAU.	MONOD.	RICHEL.
BUDIN.	HENNINGER.	OLLIVIER.	RICHELOT.
CADIAT.	HANRIOT.	PEYROT.	STRAUS.
DEBOVE.	HUMBERT	PINARD.	TERRILLON.
DIEULAFOY.	LANDOUZY.	POZZI.	TROISIER.
FARABEUF, chef des travaux anatomiques.	JOFFROY.	RAYMOND.	
	DE LANESSAN.	RECLUS.	

Secrétaire de la Faculté : CH. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1789, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON ÉPOUSE.

A MON ENFANT.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A LA MÉMOIRE DE MON FRÈRE EUG. BRESSOT

A LA MÉMOIRE DE MA NIÈCE MARGUERITE BRESSOT

A MON FRÈRE AMÉDÉE BRESSOT

Avocat près la Cour d'appel de Montpellier.

A MA BELLE-SŒUR CLEMENTINE BRESSOT.

A MA SŒUR MARIE BRESSOT.

A MON FRÈRE JOSEPH BRESSOT

A MON NEVEU LOUIS BRESSOT.

A MON NEVEU GABRIEL DEUZET.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR PETER,

Membre de l'Académie de médecine,

Médecin des hôpitaux,

Officier de la Légion d'honneur.

Faible témoignage de ma profonde reconnaissance.

A MES MAÎTRES.

A MES AMIS

DE LA

PLEURÉSIE RHUMATISMALE

INTRODUCTION

Dans le cours de cette année un cas type absolument net de pleurésie rhumatismale se présenta dans le service de M. le professeur Peter à l'hôpital de la Charité. Cet excellent maître, auquel nous ne saurions assez témoigner notre profonde reconnaissance, nous manifesta le désir de nous voir faire de la pleurésie rhumatismale l'objet de notre thèse ; c'est le résultat de nos recherches que nous rapportons ici.

Les cas sont nombreux maintenant de pleurésies développées au cours des attaques de rhumatisme articulaire ou même en dehors de ces attaques, mais les opinions sont diverses qui ont été émises sur la nature de ces pleurésies. Aussi, après avoir publié quelques-unes des observations diverses, éparses dans la science, de l'affection qui nous occupe, essaierons-nous de les analyser minutieusement, et c'est de cette

étude que nous déduirons laquelle des opinions qui ont été émises sur leur nature on doit de préférence adopter.

Dans une première partie, nous étudierons donc les opinions diverses qui ont été émises sur la nature de la pleurésie rhumatismale ; ce sera à proprement parler un chapitre destiné à montrer, mais rapidement, l'historique des diverses phases par lesquelles a passé la question. Nous nous attacherons dans le cours de ce paragraphe à l'exposé des opinions diverses qui ont été émises sur la pleurésie rhumatismale, bien plus qu'à une énumération souvent fastidieuse de tous les auteurs qui ont écrit sur ce sujet, et qu'on trouvera du reste cités au cours de ce travail ou à l'index bibliographique. Ce chapitre nous servira pour ainsi dire de préambule pour traiter de l'étiologie, de la nature de la pleurésie rhumatismale que nous envisageons dans un chapitre à part. Puis nous traiterons des symptômes, en nous attachant à montrer les formes diverses que peut présenter la pleurésie rhumatismale, soit dans ses débuts, soit à sa période d'état, soit dans sa période de déclin,

Après avoir traité des complications, du diagnostic, du pronostic, nous aborderons le traitement et nous résumerons en quelques propositions les conclusions auxquelles nous aurons été conduit.

Mais, avant d'entrer en matière, qu'il nous soit permis de remercier M. le professeur Peter de la bienveillance qu'il nous a toujours témoignée, qu'il nous soit permis de le remercier de la bonté qu'il a eu d'accepter la présidence de cette thèse dont nous lui offrons la dédicace comme un faible témoignage de

reconnaissance. Que M. le D^r Chauffard, interne médaille d'or des hôpitaux, reçoive aussi nos remerciements pour la bienveillance qu'il a mise à nous communiquer l'observation qui nous a inspiré dans ce travail.

HISTORIQUE

EXPOSÉ DES OPINIONS QUI ONT ÉTÉ ÉMISES SUR LA NATURE DE LA PLEURÉSIE RHUMATISMALE.

L'histoire de la pleurésie rhumatismale n'est point de date récente et bien avant la découverte de l'auscultation, les médecins avaient déjà reconnu les relations intimes qui unissent le rhumatisme à certaines pleurésies. Stoll traite avec de grands développements de la pleurésie rhumatismale, et cherche les caractères propres à la différencier des autres variétés de la pleurésie.

Boerhave et Vigla ont donné eux aussi des descriptions analogues, mais c'est surtout après la découverte de l'auscultation que les complications qui vont nous occuper furent mieux connues, mieux étudiées.

Chomel dans sa thèse (1), lorsqu'il traite de la pleurésie rhumatismale qu'il considère comme une coïncidence dit : « On a pu, dans le temps où les théories étaient en faveur, considérer comme rhumatismale l'inflammation de la plèvre qui succède au rhumatisme et semble cesser par son retour, mais aujourd'hui on ne les regarde plus que comme des affections qui se succèdent mutuellement. »

C'est là, nous nous empressons de le dire, une opinion qui n'est point admise par la généralité des médecins,

(1) Chomel. Essai sur le rhumatisme, 1873.

et presque tous s'accordent à reconnaître que les pleurésies qui surviennent au cours du rhumatisme ont toujours avec ce dernier des rapports plus ou moins éloignés.

Quelques auteurs cependant, tout en reconnaissant qu'il existe des pleurésies rhumatismales, se demandent encore si celles-ci ne sont point influencées dans leur apparition par l'existence de cardiopathies rhumatismales antérieures à leur manifestation et qui pourraient alors donner lieu à la pleurésie, soit du fait de l'inflammation propagée, d'une inflammation de voisinage, soit du fait des troubles circulatoires qu'elles déterminent dans le poumon.

On trouvera ces vues exposées plus longuement, mais telles que nous venons de les dire en résumé, dans l'excellent article de M. le D^r Besnier (1).

La majorité des auteurs reconnaît que la pleurésie est de nature rhumatismale, et sans nier à des causes adjuvantes, cardiopathies, refroidissement, etc., le privilège de faire éclore plus tôt ou apparaître la maladie jusqu'ici latente, ils s'accordent cependant à dire que la prédisposition joue certes le rôle principal et que le rhumatisme peut bien et duement à lui seul être incriminé. C'était déjà l'opinion de Bouillaud qui, relevant un cas de pleurésie, n'hésite point à incriminer le vice rhumatismal; c'était là l'opinion de Trousseau, qui dit que « c'est chose digne de remarque que la facilité avec laquelle le rhumatisme émigre sur les séreuses et les enflamme »; c'est là l'opinion de M. le

(1) Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales, 3^e série, t. IV, p. 595 et suivantes.

Bresot.

professeur G. Sée et de M. le D^r Moutard Martin, qui ne manquent jamais l'occasion d'appeler l'attention sur les manifestations pleurales du rhumatisme; c'est encore l'opinion de M. Bucquoy, qui a publié dans la *Gazette hebdomadaire* en 1874, un article sur ce sujet; c'est là aussi la manière de voir de M. Martin, thèse de 1874, de MM. Jaccoud, Hardy, Dieulafoy, Ball, Fernet, Grisolle; celle aussi de M. Lasègue qui a publié ou fait publier par un de ses élèves, dans les *Archives générales de médecine*, deux observations avec réflexions intéressantes. C'est là, somme toute l'opinion de M. le D^r Besnier qui, tout en reconnaissant que les cardiopathies jouent souvent le rôle de causes prédisposantes, reconnaît aussi que le rhumatisme peut quelquefois se porter d'emblée sur la plèvre. Citons enfin pour terminer, en faveur de la dernière opinion, l'autorité de M. le professeur Peter qui, comme les précédents, reconnaît que le rhumatisme peut porter son action sur la séreuse pulmonaire, comme il la fait sentir dans d'autres cas du côté des séreuses cardiaques ou du côté des articulations.

ÉTIOLOGIE. — NATURE.

Mais il ne suffit point d'énoncer l'opinion des divers auteurs qui ont traité de la pleurésie rhumatismale, il faut encore rechercher, dans les faits publiés jusqu'à ce jour, dans laquelle de ces manières de voir se trouve la vérité.

Et d'abord voyons la première des opinions que nous

avons exposées, celle qui veut que la pleurésie ne soit qu'une coïncidence, n'ait avec le rhumatisme aucun lien de parenté.

S'il existe des cas assez peu probants dans lesquels cette opinion peut se soutenir, en revanche, il est des observations probantes et absolument nettes qui démontrent que la pleurésie n'est point ou peut n'être point une simple coïncidence, mais doit à bon droit être mise sur le compte du rhumatisme; telle l'observation qui, recueillie dans le service de M. le professeur Lasègue, se trouve dans les *Archives générales de médecine* de 1876; telle encore l'observation recueillie dans le service de M. le professeur Peter.

Dans l'observation de M. Lasègue, on voit en effet un jeune homme pris, au cours d'une attaque de rhumatisme articulaire aigu, de tous les symptômes d'une pleurésie qui affecte les mêmes allures que les autres manifestations du rhumatisme : mobilité, périodes d'aggravation subite et de rémission.

Mais c'est dans la seconde de ces observations, recueillie par M. Chauffard dans le service de M. le professeur Peter, que la marche des accidents pleuraux montre surtout les analogies qui existent entre la pleurésie rhumatismale et les autres manifestations de cette maladie. Apparition subite de pleurésie au huitième jour d'un rhumatisme articulaire aigu, pleurésie qui suit dans son évolution la marche des accidents articulaires, se développe sans lésions cardiaques, cesse brusquement, presque par enchantement en quelque sorte, pour se reproduire à bref délai et en douze heures, pour finalement se terminer avec une rapidité extrême, à tel point que le sujet passe en

douze heures d'un état de maladie grave à l'état le plus satisfaisant de santé.

Cette observation seule (obs. I) suffirait à prouver la nature vraie de l'affection qui nous occupe, à affirmer la nature rhumatismale.

Nous n'y insistons pas.

Mais s'il existe bien réellement une pleurésie rhumatismale, s'il se trouve des observations assez nettes pour affirmer son existence, montrer qu'elle n'est point, au moins toujours et dans tous les cas, le fait d'une coïncidence, à quoi doit être réduite l'opinion qui veut que la pleurésie apparaisse du fait des lésions cardiaques et soit indépendante du rhumatisme? Ici l'observation de M. Peter va nous servir elle seule à réfuter cette manière de voir, va nous servir à montrer tout au moins que la lésion cardiaque ne peut être invoquée exclusivement et toujours et dans tous les cas. Cette observation (obs. I), à la rigueur, dispenserait de tout commentaire, puisqu'elle montre un malade pris d'une pleurésie au cours d'un rhumatisme articulaire aigu, sans manifestation de lésions cardiaques. Il est inutile d'insister.

Mais s'il est des cas dans lesquels l'opinion qui veut faire jouer aux cardiopathies le rôle principal, s'il est des cas dans lesquels cette opinion se trouve en défaut, s'il est des cas absolument nets qui montrent le développement possible de pleurésies par le seul fait du vice rhumatismal, en revanche, il faut avec M. Besnier le reconnaître, certes la maladie du cœur doit jouer quelquefois le rôle de cause occasionnelle par les perturbations qu'elle jette dans la circulation pulmonaire, elle doit quelquefois même déterminer l'ap-

parition de la pleurésie du fait seul peut-être de son voisinage; mais elle doit à ce compte rentrer dans les causes occasionnelles, et ne doit pas être regardée comme créant de toutes pièces et dans tous les cas l'affection pleurale.

Ce que nous venons de dire des cardiopathies, nous pouvons le répéter du traumatisme, qui possède, on le sait, dans certains cas, la propriété de réveiller la diathèse éteinte quelquefois depuis vingt ans (Lasègue, obs. III). L'influence du froid, qui pourrait être rangée dans les causes efficientes par certains auteurs, ne peut à notre avis jouer d'autre rôle que celui de cause prédisposante (obs. II).

Il doit déterminer, comme il le fait du côté des jointures, la manifestation rhumatismale, qui sans lui ne se fût peut-être point éveillée ou eût fait apparition pour se porter sur un autre point.

La pleurésie rhumatismale admise donc, étant admis qu'elle reconnaît l'action de causes générales, de causes prédisposantes, de causes occasionnelles, l'action de causes souvent locales pour la faire apparaître, voyons quelle est sa fréquence, son moment d'apparition

La pleurésie rhumatismale serait rare, si l'on s'en rapporte aux statistiques que relève M. Ball dans sa thèse. Fuller, sur 246 cas, dit avoir rencontré 41 fois des affections pulmonaires, c'est-à-dire $\frac{1}{6}$ des cas, tandis qu'il n'a rencontré que 2 fois la pleurésie. Et Vunderlirch, sur 108 cas, l'aurait observée 5 fois. Ces opinions sont opposées à celles de M. le D^r Besnier, qui dit au contraire que la pleurésie rhumatismale est très fréquente, mais passe souvent inaperçue : 1° parce

qu'elle est souvent latente, 2° parce que le médecin hésite toujours à faire asseoir, à remuer un malade couvert de sueurs, chez lequel le moindre mouvement provoque des douleurs vives, presque intolérables dans quelques cas.

On connaît, au sujet de l'âge, la manière de voir de Vogel, qui prétend que ce sont les membres inférieurs et les viscères abdominaux qui sont pris chez les individus avancés en âge, tandis qu'au contraire ce sont surtout les membres supérieurs et les organes thoraciques qui sont pris chez les hommes peu avancés dans la vie. C'est là une opinion que nous n'avons pu examiner encore; mais les quelques recherches qu'elle nous a procuré l'occasion de faire nous ont montré que la fréquence plus grande du rhumatisme chez les jeunes gens pourrait peut-être bien s'expliquer par ce fait que le rhumatisme articulaire aigu atteint surtout les individus jeunes, tandis qu'au contraire les manifestations chroniques se rencontrent surtout chez les vieux. C'est qu'en effet la forme du rhumatisme articulaire semble avoir une influence bien nette sur l'apparition des déterminations pleurales; et celles-ci, c'est là un fait d'observation, se rencontrent surtout dans le rhumatisme articulaire aigu, et surtout dans ces mêmes conditions avec le rhumatisme polyarticulaire.

Mais, en dehors de ces causes prédisposantes, il faut encore signaler l'anémie poussée assez loin dans quelques cas pour mettre l'organisme en état de débilité, de déchéance telle, que des complications au cours d'un rhumatisme articulaire apparaissent, qui ne se fussent point montrées en toute autre condition.

Le moment auquel apparaît la pleurésie rhumatismale est fort variable; tantôt on l'a signalée comme première manifestation du rhumatisme, celui-ci ne se montrant ailleurs ou sur les jointures que lorsque déjà la pleurésie était constituée; on l'a signalée encore à la période d'état (obs. I et IV).

D'autrefois c'est dans le déclin du rhumatisme articulaire que survient la manifestation qui nous occupe, à la période de cachexie rhumatismale aiguë, forme qui, soit dit en passant, constitue une manifestation redoutable qui a été bien décrite en Angleterre, et sur laquelle nous aurons du reste à revenir.

Enfin la pleurésie peut se montrer chez un rhumatisant comme seule manifestation de la maladie. Ces discussions sur la pleurésie rhumatismale au point de vue de l'époque de son apparition ont une importance réelle, nous aurons d'ailleurs occasion d'y revenir dans le courant de notre description.

EXPOSÉ CLINIQUE. — MARCHE. — COMPLICATIONS.

M. Martin dans sa thèse reconnaît deux sortes de pleurésies rhumatismales, les pleurésies rhumatismales primitives ou qui se montrent d'emblée; les pleurésies secondaires qui succèdent le plus souvent à d'autres manifestations. Si on considère le moment d'apparition des pleurésies, on voit que les divisions établies par l'auteur que nous venons de citer, sont insuffisantes et l'on doit distinguer, comme nous l'a-

vons montré à la fin du chapitre précédent : 1° les pleurésies rhumatismales primitives, celles qui se montrent d'emblée, précédant toutes les autres manifestations rhumatismales ; 2° les pleurésies rhumatismales qui peuvent survenir chez un rhumatisant, mais en dehors de toute attaque articulaire ou musculaire de rhumatisme et peuvent persister ainsi sans qu'aucun symptôme, ou des symptômes insignifiants se manifestent du côté des jointures, à l'époque de la localisation du rhumatisme sur la plèvre (obs. 2) ; 3° les pleurésies qui se manifestent dans le cours d'un rhumatisme articulaire ; 4° les pleurésies qui se montrent à la période de cachexie aiguë du rhumatisme, celles-ci toujours graves et sur lesquelles a justement attiré l'attention M. le professeur Lasèque (*Arch. génér. de méd.* 1878, t. 22, p. 216).

Mais si cette division a des avantages et des avantages immenses lorsqu'il s'agit de montrer la marche des pleurésies rhumatismales ; si elle a des avantages immenses lorsqu'il s'agit de discuter la nature de certaines pleurésies, en nous permettant par des points de ressemblance, d'analogie, nombreux, de rattacher au rhumatisme des pleurésies qui viennent au cours de manifestations diverses de cette maladie, aussi bien que des pleurésies qui surviennent en dehors des manifestations ordinaires du rhumatisme, si elle a de plus une importance considérable pour nous aider à reconnaître comme rhumatismales, certaines manifestations pleurales, et si de plus elle a une grande importance lorsqu'il s'agit de discuter leur valeur pronostique ; en revanche lorsqu'il s'agit de l'exposé des symptômes, les pleurésies peuvent-être,

croyons-nous, ramenées à deux types principaux ; pleurésie franche et pleurésie insidieuse ; insidieuse qu'elle le soit par le fait du peu d'intensité des symptômes ou de ce fait que ceux-ci sont masqués par des manifestations du rhumatisme en dehors de la plèvre, etc., etc.

C'est le plus souvent lorsqu'elles sont primitives ou surviennent en dehors de toute autre manifestation, que les pleurésies rhumatismales affectent un mode de début franc, bruyant pour ainsi dire ; celui-ci s'annonce par *une violente douleur de côté*, occupant un espace étendu et paraissant siéger dans le tissu fibreux aponévrotique qui forme pour ainsi dire une partie de la charpente des divers muscles intercostaux. Au lieu donc d'un *point douloureux* comme c'est le fait ordinaire dans la pleurésie a frigore on a une *zone douloureuse*, de plus cette douleur qui, dans la pleurésie simple, cesse peu de temps après l'invasion de la maladie, persiste ici tout le temps et subit par intervalles des recrudescences qui semblent indiquer que la fluxion rhumatismale envahit successivement divers espaces intercostaux. » (Lasègue.) Le point de côté dans quelques cas peut être tellement intense que la parole, la déglutition deviennent pour le malade le sujet des plus vives appréhensions (Lasègue), et, malgré la dyspnée extrême, il hésite à faire des inspirations profondes cherchant en quelque sorte à immobiliser son thorax dans une situation fixe. Avec le point de côté, ou plutôt la zone douloureuse, la pleurésie rhumatismale se caractérise par de la dyspnée une dyspnée énorme, due probablement à une parti

cipation morbide du diaphragme et surtout de son centre aponévrotique (Lasègue)

Ces deux symptômes, point de côté, dyspnée d'emblée et excessive sont précédés par un frisson quelquefois intense (obs. 2), qui peut persister quelque temps, une demi-heure, trois quarts d'heure et en même temps, la température atteint rapidement une élévation notable 39°, 40°.

La toux dans de pareilles conditions se montre dès le début du mal, sèche, fort pénible, quelquefois quinteuse, rejetant au dehors quelques crachats visqueux adhérent au vase et colorés en rouge, puis rapidement se montrent tous les signes d'un épanchement. Celui-ci atteint rapidement dans l'immense majorité des cas une quantité considérable à tel point qu'en vingt-quatre heures la cavité pleurale peut être pleine de liquide qui, grâce à la compression presque subite qu'il détermine du poumon dans son ensemble donne lieu à une dyspnée atroce avec syncopes graves par refoulement du cœur.

Cependant si le malade a pu survivre à ce début redoutable, les choses peuvent rapidement revenir en leur état primitif, et après vingt-deux heures, vingt-quatre heures à partir de la formation de ces épanchements il n'est point rare que celui-ci soit tout à fait ou en partie disparu, jusqu'à ce qu'une *poussée nouvelle* mette à nouveau la vie du malade en danger, ou s'accompagne d'épanchement dans la *plèvre du côté opposé*, c'est là en effet le propre des pleurésies rhumatismales, alors qu'elles semblent guéries ou en voie de rétrocession, de s'accompagner subitement de la réapparition au grand complet des symptômes du

début qui à chaque apparition pourront comme de prime abord menacer la vie du malade, et c'est là encore le propre des pleurésies rhumatismales de se montrer souvent sur les deux côtés de la plèvre simultanément ou successivement, de sorte qu'après disparition à droite, on les voit se montrer rapidement à gauche pour revenir ensuite au côté primitivement envahi.

Mais il s'en faut que dans tous les cas la pleurésie rhumatismale se manifeste par un début aussi bruyant et l'observation de M. Peter en est un bien frappant exemple.

En général, surtout dans les pleurésies rhumatismales dites secondaires, dans les pleurésies rhumatismales qui surviennent au cours d'une attaque sur les jointures, le début est insidieux masqué par la fièvre l'intensité de la douleur existant déjà et la pleurésie peut dans ces conditions passer inconnue.

La pleurésie rhumatismale, dit M. Bucquoy, offre, comme les complications cardiaques, un développement insidieux et les particularités qu'elle montre en sont la conséquence.

Ce qui caractérise la pleurésie rhumatismale, dit M. Fernet est le peu d'intensité des troubles fonctionnels comparé au grand développement des signes physiques. La douleur est peu intense, mais diminuée dans tout le côté de la poitrine. Malgré la fréquence très exagérée des mouvements respiratoires, le sentiment d'oppression et la difficulté de respirer sont presque nuls et le malade ne s'en plaint pas ; par contre l'épanchement est très abondant, ce sont les caractères qu'a bien indiqués Stoll. Souvent c'est par une

simple sensation de pesanteur, une angoisse respiratoire légère que débute la pleurésie, souvent aussi ces signes manquent et le médecin a pour le guider un léger degré de cyanose. une dilatation insolite des narines avec respirations plus fréquentes que d'habitude et une recrudescence dans la courbe thermique (obs. 1 et 4). La toux elle-même peut manquer (obs. 1) dans cette variété de pleurésie ou au moins ne se montrer que tardive, lorsque depuis longtemps existe un épanchement pleural, et avec l'absence de toux, bien entendu l'absence d'expectoration. Dans de telles conditions l'épanchement veut être pour ainsi dire cherché et cherché même dans les cas où le malade présentera des symptômes peu bruyants : légère cyanose, dyspnée peu intense, ou légère accélération du pouls, élévation thermique, et même en l'absence de ces symptômes, car souvent le début se fait sans que rien dans l'état du malade puisse le faire soupçonner. Dans la pleurésie rhumatismale, disent Trousseau et Pidoux, l'élément inflammatoire est quelquefois absolument nul, la maladie consiste en une suffusion séreuse et suffocante de la plèvre, « en une véritable hydropisie active » (Ball). Quel qu'ait été son mode de début, la pleurésie rhumatismale peut s'accompagner rapidement d'un épanchement notable qui, par la compression subite des poumons, peut amener des symptômes de dyspnée grave, aussi bien que par refoulement du cœur (syncopes), etc.

Constituée, qu'elle soit ou non abondante, la pleurésie rhumatismale s'accompagne souvent de recrudescence des symptômes, même lorsque déjà paraissait se faire la résorption du liquide, enfin après avoir

persisté un temps variable, elle cesse quelquefois en douze ou vingt-quatre heures, laissant le malade absolument guéri.

La pleurésie, telle que nous venons de la décrire, qu'elle ait eu un début net ou un début insidieux, est celle qui se montre dans l'immense majorité des cas, mais on voit aussi bien souvent avec le cortège des symptômes fonctionnels que nous avons énumérés, se faire des poussées rhumatismales qui se caractérisent par quelques frottements sans épanchement aucun, frottements qui attestent la présence de fausses membranes formées ici, on le voit, primitivement, sans que l'épanchement ait eu le temps de se faire, mais qui se montrent quelquefois consécutivement à la présence d'un exsudat.

On trouve signalée dans la thèse de M. Fernet, la transformation purulente de l'épanchement, mais c'est là un *fait excessivement rare*, tous les auteurs s'accordent à le reconnaître ; enfin on peut se demander si des pleurésies qui passent à l'état chronique doivent être mises sur le compte du rhumatisme. C'est là un fait contestable selon nous, car dans l'immense majorité des observations que nous avons pu recueillir nous n'avons point observé ce mode de terminaison, et même, s'il fallait nous prononcer d'une façon catégorique, nous n'hésiterions point à dire que la pleurésie rhumatismale est une affection aiguë et que l'absence de chronicité doit être considérée comme un des grands caractères différentiels de la maladie. Et ici nous avons en vue, non seulement les pleurésies avec épanchement, mais encore les pleurésies sèches, les fausses membranes qui ont une ténacité bien moins

grande, persistent bien moins longtemps que lorsqu'elles sont symptomatiques de toute autre maladie.

La pleurésie rhumatismale se montre quelquefois avons-nous dit dans le cours d'autres manifestations rhumatismales, alors on peut observer en même temps que les lésions de la plèvre, l'affection d'organes proches ou éloignés, cerveau (1), moelle ou leurs enveloppes, rhumatisme cardiaque, etc., etc. (2).

Sans discuter ici si le rhumatisme cardiaque détermine la pleurésie, opinion dont nous avons montré toute l'exagération dans l'analyse de notre obs. 1, où les complications pleurales sont survenues sans manifestations cardiaques; sans discuter, disons-nous, si le rhumatisme cardiaque détermine de toutes pièces la pleurésie, nous dirons qu'il peut bien se faire que les lésions du cœur, par l'inflammation de voisinage, ou par la gêne de la circulation cardiaque, prépare pour ainsi dire les manifestations pleurales rhumatiques ou encore entretienne leur existence, hâte leur apparition. Envisagées ainsi, elles constituent dans les unes et les autres les manifestations pleurales et les manifestations rhumatiques, manifestations ayant pour ainsi dire une indépendance propre dans leur origine, mais pouvant, lorsqu'elles sont développées, retentir l'une sur l'autre dans le sens favorable ou dans le sens tout opposé. En tous cas, lorsque l'épanchement est considérable, il peut, par son abondance

(1) Outre les manifestations ordinaires du rhumatisme cérébral (cas de manie rapporté par M. Lasèque, obs. 5.

(2) Cas de M. Blachez. Gaz. hebd. de méd. et de chir., 1874, observ. de Lemaire rapportée dans la thèse de M. Fernet.

refouler, déplacer le cœur, devenir le point de départ des syncopes qui ressortissent alors directement de l'épanchement. Telle est la symptomatologie, telles sont les complications habituelles de la pleurésie rhumatismale; un dernier point reste à examiner: quelles sont les relations de la pleurésie rhumatismale avec la tuberculose? La pleurésie rhumatismale doit-elle être considérée comme indiquant l'apparition à plus ou moins courte distance de tubercules pulmonaires? Que des adhérences nombreuses si elles persistent, en immobilisant le poumon, en l'applatissant du côté du hile, puissent déterminer l'apparition de tubercules, ne serait certes point chose outre mesure surprenante et le fait pourrait peut-être s'observer. Mais nous l'avons montré, les fausses membranes de provenance rhumatismale ont peu de tendance à persister, disparaissent même très vite, laissant le poumon libre de toute attache, se développer librement à chaque inspiration; du reste c'est là un fait prouvé maintenant que la pleurésie rhumatismale ne s'accompagne point de l'apparition de tubercules pulmonaires. Il est inutile d'insister.

Ajoutons en terminant que lorsque apparaissent les manifestations pleurales rhumatiques on observe souvent, selon certains auteurs, un certain degré de rémission dans les symptômes des autres manifestations rhumatismales (1), fait plus apparent que réel et dû bien souvent à ce que l'apparition de phénomènes

(1) Observation recueillie dans le service de M. Lasèque et rapportée dans la thèse de M. Fernet, p. 71.

Grisolle a réuni des cas de ce genre observés dans sa pratique personnelle, dans celle d'Androl, de Louis de Dalmas.

nouveaux quelquefois plus intenses, masquent les symptômes qui existent déjà.

La durée de la pleurésie rhumatismale est en général courte, huit, dix jours environ, cependant elle peut persister quelquefois plus longtemps, vingt-un, vingt-cinq jours ; mais en moyenne dix, douze seulement.

DIAGNOSTIC.

Le diagnostic de la pleurésie rhumatismale comprend plusieurs points :

- 1° Diagnostic de la pleurésie ;
- 2° Diagnostic de sa nature ;
- 3° Diagnostic de la quantité de liquide ;
- 4° Diagnostic des modifications qu'a pu subir ce liquide ;
- 5° Diagnostic des complications ;

Le diagnostic de la pleurésie rhumatismale, lorsqu'elle survient au cours d'autres manifestations articulaires, par exemple, est, on le conçoit, très facile ; il suffit d'être prévenu du fait de l'existence possible de la pleurésie, dans les cas où elle est insidieuse, et le médecin, s'il va alors à sa recherche, sans qu'il attende qu'elle se dévoile d'elle-même, la découvrira facilement. Dans les cas où le début du reste se fait d'une façon nette, franche, le diagnostic est bien plus facile.

Mais il n'est pas tout aussi aisé de reconnaître quelquefois la nature de la pleurésie rhumatismale de reconnaître si une pleurésie survenant en dehors de

tout autre manifestation rhumatique doit être mise sur le compte d'une tuberculose par exemple, ou du rhumatisme, etc., etc.

M. le professeur Lasègue conseille ici de recourir aux symptômes suivants : douleur très vive, plus vive que dans les autres pleurésies, douleur plus persistante que dans les pleurésies, douleur qui, au lieu d'occuper un point, occupe une large surface ou se manifeste dans une zone et non dans un seul point, dyspnée extrême, fièvre intense dès le début, apparition subite d'un épanchement notable et disparition rapide; quelquefois encore réapparition subite du liquide lorsqu'il disparaissait ou avait disparu, ou apparition subite de pleurésie du côté opposé avec ou sans rémission du côté malade, disparition subite de tous les symptômes avec retour rapide à la santé; guérison rapide, et nous pouvons ajouter examen des antécédents du malade qui feront reconnaître s'il est issu de parents, ou s'il est lui-même rhumatisant; existence de pleurésies antérieures avec les caractères que nous avons signalés et qui n'ont laissé aucune trace de tuberculose. Pour le diagnostic de la quantité du liquide nous n'avons rien à dire qui n'ait été dit à propos des autres pleurésies. Enfin ajoutons qu'il suffit d'être prévenu de l'existence possible des complications que nous avons signalées pour savoir les découvrir (1).

Et pour terminer, disons que les modifications que

(1) Tel un souffle cardiaque, telle la présence de crachants sanglants plus ou moins visqueux, adhérents et qui doivent être rapportées à des complications pulmonaires (congestion, hépatisation, selon les cas).

Bressot.

peut subir l'épanchement sont en somme peu importantes, le liquide devenant rarement ou même ne devenant jamais purulent.

PRONOSTIC.

Le pronostic de la pleurésie rhumatismale est bénin dans l'immense majorité des cas. Cependant lorsque l'épanchement se fait d'une façon rapide, on pourrait observer la mort par asphixie ou syncope. Alors le pronostic acquiert d'autant plus de gravité qu'une ponction ne lève quelquefois pas toute l'étendue du mal, l'épanchement étant susceptible de se reproduire avec une grande rapidité.

Cependant la part faite de ces cas relativement rares, le pronostic reste en général peu sérieux et s'il prend quelquefois une certaine gravité, celle-ci ressort des accidents immédiats et non des accidents consécutifs, tubercules, qui nous l'avons dit sont rares ou même n'ont jamais été observés.

Ici soit dit en passant, même dans les cas qui paraissent présenter d'emblée le plus haut caractère de gravité, il ne faudra cependant point se hâter trop de se prononcer dans un sens défavorable, car on peut voir une pleurésie avec symptômes menaçants, faisant craindre la mort à brève échéance, se terminer quelquefois brusquement par la guérison.

De même que dans ces cas en apparence bénins, il ne faudra point se prononcer dans le sens favorable, car en quelques heures, en quelques instants quel-

fois, on peut voir la plèvre envahie d'abord, ou celle du côté opposé, devenir le siège d'un épanchement notable, susceptible de mettre à courte échéance la vie du malade en danger.

Enfin nous devons ajouter que l'existence de cardiopathies (c'est là un fait sur lequel nous avons insisté déjà) commandera la plus grande réserve sur le pronostic, aussi bien que l'extension des manifestations rhumatismales au parenchyme pulmonaire.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Ce chapitre ne présente point une importance considérable, les lésions microscopiques n'affectant aucun caractère particulier. Du reste les occasions de faire des autopsies dans des cas semblables sont relativement rares.

D'autopsies de MM. Bouillaud, Baudelocque, des relations nécroscopiques qu'on trouve dans la thèse de M. Fernet, on peut conclure que la pleurésie quelquefois sèche détermine souvent des épanchements séreux qui peuvent devenir très abondants chez les sujets affaiblis. Dans quelques cas exceptionnels on aurait noté leur transformation purulente (Fernet).

TRAITEMENT.

L'emploi des révulsifs devra être conseillé ici tout d'abord, mais dans les cas où il existe des complica-

tions rénales du rhumatisme, on proscrira l'emploi de vésicatoires, on aura recours simplement à la teinture d'iode, aux pointes de feu, aux ventouses sèches ou scarifiées, etc., etc. Mais en dehors des révulsifs, le médecin devra toujours recourir à une médication interne; ici, divers médicaments ont été préconisés, le tartre stibié, le sulfate de quinine, tisane de chiendent nitré, etc., etc., moyens qui ont pour but, on le voit, de favoriser la résorption de l'exsudat en s'attaquant directement à la fièvre, au rhumatisme (salicylate de soude).

Mais après cette médication, il reste encore quelquefois de sérieuses indications à remplir; combattre les complications cardiaques, cérébrales, rénales, etc., etc., calmer la douleur si elle est assez intense pour amener une dyspnée considérable, et les injections sous-cutanées de chlorhydrate de morphine sont en ce cas le moyen auquel il faudra de préférence recourir.

Ajoutons pour terminer que dans certain cas, lorsque l'épanchement est très abondant ou menace le malade d'asphyxie, on devra recourir à la thoracentèse qui combinée à la morphine amène quelquefois un soulagement notable, mais reste dans bien des cas insuffisante, le liquide étant susceptible de se reproduire rapidement.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I.

Rhumatisme articulaire aigu, p'eurésie double.

Observation recueillie dans le service de M. le professeur Peter et dont les renseignements nous ont été obligeamment fournis par M. le docteur Chauffard, interne du service.

F... (Thomas), âgé de 41 ans, entré le 5 juin 1882, service de M. le professeur Peter, salle Saint-Jean de Dieu, à la Charité. Cet homme, qui n'a point fait d'autre maladie avant celle qui l'amène actuellement à l'hôpital, qui a dans ses antécédents noté seulement une syphilis contractée il y a dix ans, et dont il porte encore des traces fauves, disséminées, cet homme qui n'est point alcoolique, mais d'une constitution robuste, fut pris au huitième jour d'un rhumatisme polyarticulaire, sans refroidissement appréciable, de symptôme du côté du thorax d'intensité moyenne, accusant un début subaigu, point de côté léger, pas de dyspnée, absence de toux, de crachats, etc. Actuellement, 15 juin, plusieurs articulations sont douloureuses, celles des genoux, des poignets qui sont le siège d'un épanchement notable. Aucun symptôme thoracique, mais en arrière matité dans la moitié inférieure du thorax, à gauche souffle tubaire, râles crépitants typiques, fins et nombreux, broncho-égophonie, diminution des vibrations dans la partie la plus inférieure.

A droite, respiration soufflante; quelques râles crépitants fins. T., le soir 39°5.

Le 16. Fluxion articulaire, moins intense, moins d'épanchement dans les genoux.

A droite et à gauche, en arrière, mais surtout à gauche, perte des vibrations dans la moitié inférieure, égophonie, souffle aigre, expiration prolongée et nullement pleurétique.

Traitement : salicylate de soude 5 grammes, 10 ventouses scarifiées à la base de la poitrine.

Le 16 au soir. Souffle un peu moins intense, et à ses limites, râles sous-crépitaux fins.

Le 17 matin. Presque plus d'épanchement dans les plèvres, mélange de râles sous-crépitaux gros et de frottements pleuraux; vibrations perceptibles presque jusqu'en bas, murmure vésiculaire à peine soufflant.

Articulations beaucoup plus libres, presque indolentes, encore un peu d'épanchement dans le côté gauche. Etat général bon.

Le 17 soir. Retour du souffle dans la moitié inférieure gauche du thorax et vibrations affaiblies. Epistaxis abondante.

Les 19 et 20. Plus rien. Murmure vésiculaire normal des deux côtés. A peine mélangé de quelques frottements pleuraux, plus de fluxion articulaire, plus de fièvre.

Réflexions. — Cette observation est très intéressante : 1° parce qu'elle montre combien le début des accidents thoraciques peut être quelquefois insidieux, elle montre qu'avec absence presque absolue de symptômes fonctionnels on peut cependant observer des altérations indéniables du tissu pulmonaire ou de la membrane pleurale ; 2° parce qu'elle montre que ces accidents pleuro-pulmonaires étant possibles on ne devra point attendre qu'ils se dévoilent d'eux-même aux yeux de l'observateur qui au contraire avec des signes nuls ou peu accusés devra toujours diriger ses investigations du côté des poumons ; 3° parce qu'elle nous fait voir combien sont rapides, fréquentes, l'apparition et la disparition des lésions pleuro-pulmonaires, lésions qui bien caractérisées par du souffle, etc., etc., peuvent en quarante-huit heures disparaître absolument. 4° elle indique d'une façon bien nette les relations intimes qui unissent les lésions pulmonaires avec les phénomènes articulaires et la diathèse, puisque ces derniers lorsqu'ils cessent avec la fièvre, s'accompagnent de la disparition absolue des symptômes du côté de la plèvre ; 5° c'est là en effet l'opinion de quelques auteurs de croire que les pleurésies qui se développent au cours du rhumatisme ne sont pas de nature rhumatismale, mais doivent être mises sur le compte de complications accidentelles (Grippe), ou sur le compte de com-

plications consécutives à la présence de cardiopathies (épanchement consécutif à la fluxion, à la stase sanguine par lésion mitrale, elle, de nature rhumatismale, etc., etc.). Or, si notre remarque n° 4 prouve par la marche de la maladie quelles relations étroites la relient au rhumatisme, puisqu'elle apparaît, cesse avec lui, la remarque n° 5 plaide encore en faveur de cette opinion, puisqu'on voit la pleurésie exister déjà lors de l'entrée du malade dans le service, lorsque MM. Peter et Chauffard ne constataient aucune complication cardiaque ; 6° enfin cette observation est intéressante encore considérée au point de vue du pronostic, puisqu'elle montre les lésions pleuro-pulmonaires susceptibles de guérir en 48-72 heures sans que trace aucune ne persiste de leur existence bien et dûment constatée.

OBSERVATION II.

Pleurésie bilatérale de nature rhumatismale.

Le 23 mai 1873, entrant dans la salle Saint-Charles, à l'Hôtel-Dieu, une jeune fille âgée de 19 ans, d'une constitution frêle et chétive, d'un tempérament lymphatique. Régliée à l'âge de 14 ans, elle rapporte qu'il y a cinq mois, elle fut prise de douleurs articulaires qui envahirent successivement les genoux, les coudes, les poignets et qui furent accompagnées d'érythème rougeux. Elle entra pour cette raison à l'Hôtel-Dieu, dans les salles du Dr Frémy, et après trois semaines de séjour à la maison de convalescence du Vésinet, elle put reprendre son service habituel de domestique. Elle était cependant affaiblie par sa maladie, et de plus elle éprouvait presque constamment une douleur assez vive du côté gauche de la poitrine, à tel point qu'il lui était impossible de se livrer à un travail assez pénible.

21 mai. Son malaise général ayant augmenté depuis quelques jours et le côté gauche du thorax étant devenu très sensible, elle fut néanmoins obligée de laver du linge. Dans la nuit même il se déclara un frisson qui dura trente minutes environ, et qui fut

suivi d'une fièvre intense et de sueurs profuses. En même temps, les douleurs du côté gauche s'exagérèrent et au lieu de deux ou trois points douloureux à gauche, il y avait une large surface extrêmement sensible, avec une oppression extrême. Deux jours après, la fièvre et la dyspnée continuant et ces deux symptômes ayant été graduellement en augmentant, la malade se rend à grand'peine à pied à la consultation. Fatiguée par la marche et les douleurs excessives qu'elle ressent dans le côté gauche, elle eut une sorte de crise nerveuse qui se termina par une syncope.

Le lendemain, 24 mai, cette malade est en proie à une oppression très vive; elle est sur son séant, sa respiration s'opère suivant le type costo-supérieur et le diaphragme ne semble nullement participer aux mouvements respiratoires ou du moins son rôle reste purement passif. La douleur du côté gauche très violente occupe la région axillaire; en avant elle s'étend jusqu'au mamelon, tandis qu'en arrière elle vient se perdre dans le dos. Il y a 108 pulsations. T. 39°⁰/₄. La toux est sèche, fort pénible, quelquefois quinteuse et retentissant alors dans toute la zone douloureuse. De temps à autre, il se produit une expectoration constituée par quelques crachats visqueux, adhérents au vase et colorés en rouge. La percussion est tellement douloureuse qu'elle arrache des cris à la malade; en arrière, cependant, on peut constater que la matité s'élève un peu au-dessus de l'angle inférieur de l'omoplate. A l'auscultation, on entend dans les deux tiers inférieurs du poumon un souffle aigu, assez uniforme, s'arrêtant juste au niveau de l'angle inférieur de l'omoplate, et ne disparaissant pas graduellement sur les bords; ce souffle n'a pas les caractères absolus du souffle tubaire, il n'est pas non plus doux, voilé comme celui qui se fait entendre dans la pleurésie; c'est un souffle aspiratif, qui rappelle tout à fait le bruit que fait entendre l'air qui se précipite dans un verre à ventouse complètement privé d'air.

Sur les limites, mais surtout à la partie inférieure du poumon, on entend une crépitation fine qui semble s'opérer entre les deux surfaces pleurales; car la toux ne l'augmente ni ne la modifie, et de plus, cette crépitation est perçue sous forme de craquements secs, isolés, directs, et non pas confluents, éclatant en grand nombre sous l'oreille comme dans la pneumonie. Il y a dans tous ces points de la bronchophonie, mais nulle part de l'égophonie vraie. Quant aux vibrations thoraciques, on ne peut s'appuyer sur ce signe, car la résonnance vocale est si faible chez cette malade, qu'elle ne peut être constatée ni d'un côté, ni de l'autre.

La douleur thoracique est tellement vive qu'on se demande s'il n'y aurait pas simultanément une névralgie d'un ou de plusieurs nerfs intercostaux, mais l'exploration dirigée en ce sens fournit des résultats négatifs.

En présence de ce fait, et s'appuyant surtout sur deux phénomènes, la violence de la douleur de côté, la rapidité de l'épanchement, on n'hésite pas à porter le diagnostic de pleurésie rhumatismale, pleurésie qui, dans un délai assez bref, s'accompagnera d'un épanchement abondant.

La présence de crachats visqueux et colorés ; l'intensité du souffle, le caractère broncho-égophonique de la voix autorisaient à penser qu'une mince lamelle de poumon avait subi un travail de phlogose ; mais que cette pneumonie tout à fait superficielle allait s'effacer devant la marche envahissante de la pleurésie.

Le 25. L'oppression est toujours considérable et la douleur de côté très vive ; la malade ne pouvant s'appuyer sur le côté gauche reste constamment dans le décubitus dorsal ; la fièvre est plus intense, 108 pulsations, T. 40°. Une sudation assez abondante a eu lieu cette nuit ; c'est encore un fait important que l'on n'observe pas dans la pleurésie simple, où les malades ont la peau sèche, âpre au toucher. Ne pourrait-on pas encore voir dans ce phénomène insolite un des caractères habituels de toute manifestation rhumatismale aiguë. Sont appliquées huit ventouses scarifiées loco dolenti, afin de calmer la douleur et de diminuer le travail phlegmasique.

Le lendemain, la douleur s'est un peu apaisée, on peut pratiquer la percussion qui donne une submatité dans toute la ligne axillaire et en arrière jusqu'à l'angle inférieur de l'omoplate.

A l'auscultation, on ne trouve plus de crépitation, le souffle a changé de caractère, il est plus doux, voilé, à son maximum le long de la colonne vertébrale et à ce niveau on entend une égophonie bien nette.

Evidemment, l'épanchement a augmenté non seulement en hauteur, mais il contourne déjà sur le côté une portion du poumon qu'il tend à refouler davantage contre la colonne vertébrale ; tous les signes de la pneumonie ont disparu à l'exception d'un seul : l'expectoration de quelques crachats sanguinolents. La température axillaire oscille matin et soir entre 39° et 40°.

Le 28. Comme la douleur n'a été calmée que très momentanément par l'application de quelques ventouses sèches ou scarifiées, on est obligé de faire de temps à autre quelques injections d'une solution de chlorhydrate de morphine.

Le 29. La matité, qui s'est étendue, occupe maintenant toute l'étendue de la fosse sous-épineuse ; à ce niveau on trouve du

souffle qui est perçu jusqu'à la partie inférieure et qui occupe également la région axillaire.

La douleur de côté est moins intense, mais en revanche l'oppression est beaucoup plus vive.

Le 31. Cette nuit, la malade a été en proie à une grande oppression, l'insomnie a été constante et à un moment il y a eu un véritable accès de suffocation.

La matité relative occupe toute la fosse sous-épineuse ; mais la matité complète n'existe qu'à partir de l'angle inférieur de l'omoplate. La ligne de matité s'abaisse obliquement à mesure qu'on s'avance vers l'aisselle. La pointe du cœur bat dans le siège habituel. Le souffle et l'égophonie se retrouvent partout, sauf dans le quart inférieur. En avant, la percussion donne le bruit skodique et à l'auscultation on entend une respiration exagérée, presque amphorique, avec résonnance extrême de la voix. Absence complète de toux et d'expectoration.

3 juin. La douleur de côté s'est apaisée notablement, on ne la détermine plus ni par la pression au niveau des espaces intercostaux, ni par la percussion. Le liquide n'a pas augmenté ; en haut, dans la fosse sus-épineuse et le long de la colonne vertébrale, on entend quelques frottements pleuraux. Le bruit skodique s'accroît de plus en plus en avant et est perçu dans une hauteur de quatre travers de doigt au-dessous de la clavicule. L'état général de la malade est meilleur ; elle réclame quelques aliments. La température du matin est de 38°, du soir 39°. Un vésicatoire est appliqué en arrière.

Le 4. Le vésicatoire a coïncidé avec une diminution de la douleur, mais seulement en arrière, car en avant, tout autour du mamelon, la percussion et la simple pression sont devenues douloureuses. Le souffle s'entend dans les deux tiers inférieurs, en arrière, ainsi que sur les côtés du mamelon. L'inflammation a donc effleuré une nouvelle partie de la plèvre et l'épanchement contourne davantage le poumon.

Nous avons ce matin à noter un nouveau phénomène qui vient caractériser davantage la nature rhumatismale de cette pleurésie. La malade accuse une douleur assez vive le long de la gaine du long abducteur et du court extenseur du pouce, au niveau de la partie latérale externe du poignet. Cette douleur existait bien depuis quelques jours, mais elle était vague et la malade ne jugeait pas à propos de s'en plaindre, aujourd'hui elle en souffre vivement et tout le pourtour de l'articulation du poignet est le siège d'un gonflement œdémateux. Il existe une douleur intense le long de la gaine tendineuse et les mouvements isolés du pouce s'exécutent avec une grande difficulté.

Le 6. Depuis hier soir la malade a éprouvé une grande recrudescence des douleurs qui occupent tout le côté gauche du thorax; avec cette reprise de la douleur a coïncidé la sécrétion dans la cavité pleurale d'une nouvelle quantité de liquide; dans la fosse sous-épineuse, par exemple, on entend un souffle léger, et en avant la matité complète et absolue remonte jusque sous la clavicule. En résumé, en quinze jours, c'est-à-dire dans un laps de temps relativement court, le liquide a fini par envahir de haut en bas la totalité de la cavité pleurale, et par contourner le poumon; chaque irruption nouvelle de sérosité dans la plèvre ayant été précédée de recrudescences très vives dans la douleur thoracique. C'est là une progression, un mode de processus, qui ne se trouve pas dans toute pleurésie.

La palpation du thorax, faite comparativement à droite et à gauche à l'aide des deux mains, indique une diminution notable du côté gauche. Le cœur se trouve refoulé à droite à deux travers de doigt en dedans de la ligne mamillaire.

A la simple inspection, on constate une dilatation des espaces intercostaux du côté gauche; de plus, la respiration ne s'exécute pas à droite et à gauche, suivant le même mécanisme; à droite les côtes se soulèvent fortement pendant l'inspiration, tandis qu'à gauche, c'est à peine si l'on distingue quelques oscillations qui se font tout d'une pièce.

Le 10. Peu à peu on a vu disparaître la rougeur et la tuméfaction qui avaient pour siège la gaine synoviale commune aux tendons du long abducteur et court extenseur du pouce, aujourd'hui il ne reste qu'un peu de gêne dans les mouvements de la main droite.

La malade a plus de dyspnée, elle se plaint d'une grande sensation d'oppression dans tout le côté gauche. Il y a 104 pulsations et la température oscille entre 38°,4 et 38°,8. La matité est absolue en avant et en arrière dans toute la hauteur, et dans tous ces points, sauf dans le quart inférieur, on constate du souffle et de l'égophonie. Le cœur est refoulé et le maximum de ses bruits se fait entendre sous le sternum.

L'indication de pratiquer la thoracentèse devenait urgente; la ponction du côté gauche donne issue à un litre et demi d'un liquide clair et citrin; cette opération est faite sans difficulté et n'est suivie d'aucune espèce d'accident. Avant l'opération la température est de 38,8, après il y a abaissement d'un degré.

Le 11. La malade dit avoir été soulagée par l'évacuation de ce liquide, son oppression est moindre, le cœur est en partie revenu à sa place, et à la partie supérieure en arrière, dans les fosses sus

et sous-épineuses, on entend le bruit de frottements bien marqués.

Le 12. Sans cause connue la malade est prise d'un frisson violent, accompagné de claquement des dents. La douleur de côté devient très pénible, la dyspnée et l'oppression sont considérables. La température s'élève le soir à 40,8; la malade tombe dans l'adynamie, la prostration, la langue est sèche. Sulfate de quinine.

Le 14. Cet état général grave persiste, et néanmoins rien n'indique qu'il se soit fait un nouvel épanchement dans la plèvre. Il n'y a pas trace de péricardite.

La douleur thoracique est devenue de nouveau extrêmement intense, chaque inspiration la renouvelle; aussi la malade redoute-t-elle le moindre effort, et les mouvements de déglutition eux-mêmes lui sont très pénibles. T. 39,2 le matin, 40° le soir.

Ce frisson indique-t-il une transformation purulente de l'épanchement, ou au contraire pourrait-il être considéré comme l'indice d'une nouvelle invasion de la charpente fibro-musculaire du thorax? Cette dernière opinion paraît la plus vraisemblable, car si le liquide contenu dans la plèvre était devenu purulent, nous n'aurions pas, comme c'était le cas, une diminution graduelle de l'épanchement reconnaissable à tous ses signes.

Le 16. Ce matin la malade se trouve mieux, l'oppression est bien moindre, mais elle a des sueurs abondantes; le côté gauche n'est presque plus sensible.

Le 17. L'état général de la malade est meilleur, elle n'a pas eu de nouveaux frissons; la température n'est plus que de 38,6, mais elle est très affaiblie, sa maigreur est extrême et elle a toujours des sueurs profuses.

La dyspnée est plus marquée ce matin, mais l'examen du côté droit de la poitrine permet d'expliquer facilement cette recrudescence dans l'oppression.

A la base du poumon droit, non seulement le long de la colonne vertébrale mais encore en dehors, au-dessous du creux axillaire, on trouve un souffle doux accompagné d'égophonie. Le siège, l'étendue, la précision des signes stéthoscopiques, la matité ne permettent pas de croire à un simple retentissement de ce qui se passe du côté gauche. On affirme la présence d'un épanchement modéré dans le côté droit.

Le 20. A gauche la quantité de liquide diminue graduellement, le cœur n'est plus refoulé, et dans le tiers supérieur ont reparu la sonorité skodique et la respiration amphorique, le souffle existe toujours principalement à la partie moyenne du poumon et dans la région axillaire.

A droite, la pleurésie reste stationnaire, le liquide n'a pas

augmenté, il occupe seulement le quart inférieur de la cavité pleurale.

10 juillet. Depuis cinq jours environ, on ne trouve plus à droite ni souffle, ni égophonie, la malade n'a pas éprouvé de gêne de ce côté, ni la moindre douleur thoracique spontanée ou provoquée. A gauche, la percussion est toujours douloureuse, il y a une matité absolue latéralement et dans les deux tiers inférieurs; tout à fait à la partie inférieure, absence presque complète de la respiration, et à la partie moyenne une plaque de la largeur de la main, où l'on entend du souffle et le retentissement égophonique. Ça et là enfin, surtout le long de la colonne vertébrale, et en dehors, on trouve quelques frottements pleuraux.

Le 15. L'état général est actuellement très bon, la malade commence à se lever, les forces digestives se rétablissent et un certain embonpoint commence à remplacer l'amaigrissement qui était devenu excessif. La malade n'a plus de fièvre, elle se plaint encore de son côté gauche, si elle exécute de violents mouvements respiratoires, ou bien quand on percute un peu fortement au niveau des espaces intercostaux.

A la simple inspection du thorax on peut noter une grande différence dans le volume comparatif du côté droit et du côté gauche. L'épaule gauche est abaissée et le côté correspondant a subi une rétraction évidente, ce retrait du thorax est encore bien plus appréciable quand on pratique la palpation successive de l'un et de l'autre côté.

A gauche, en arrière, la matité est presque générale de haut en bas; il y a encore un point limité où l'on entend du souffle et de l'égophonie.

A droite, rien ne dénote plus les vestiges d'un épanchement.

Le 21. L'amélioration de la santé générale continue, la malade a repris de l'appétit et exécute dans son lit des mouvements étendus sans éprouver de dyspnée. Le pouls a sa fréquence normale, les fonctions s'exécutent régulièrement. La rétraction du côté gauche fait presque chaque jour des progrès sensibles; les muscles de ce côté sont notablement atrophiés, et la poitrine se soulève à peine, comparativement au côté droit. On entend encore dans les fosses sus et sous-épineuses de l'égophonie et du souffle, mais la respiration est devenue ample et physiologique, de la base à la pointe de l'omoplate.

OBSERVATION III.

Observation empruntée aux Archives générales de médecine et recueillie à la Pitié, dans le service de M. le professeur Lasègue.

Angioleucite traumatique. — Rhumatisme articulaire aigu.
Pleurésie rhumatismale. — Guérison.

X... (Alfred), 41 ans, garçon de cuisine, entré à l'hôpital de la Pitié, salle Saint-Paul, n° 6, 14 juin 1876.

A l'âge de 21 ans, cet homme a été atteint d'un rhumatisme articulaire limité aux membres inférieurs qui l'a contraint à un repos d'une quinzaine de jours sans l'obliger à garder absolument le lit, depuis lors il n'a pas éprouvé de manifestations rhumatismales.

Il y a quatre jours, X..., qui depuis quelque temps avait au talon gauche une plaie suppurante, a vu survenir une angioleucite qui partant de la plaie a envahi successivement toute la longueur du membre inférieur. Depuis deux jours il a été pris de douleurs dans l'épaule et le genou droits.

Etat actuel : Au membre inférieur gauche on constate une angioleucite s'étendant du pied au pli de l'aîne ; la peau des parties antérieure et interne de la jambe présente une coloration rouge intense due à une angioleucite réticulaire ; vers la partie médiane de la jambe on sent un empâtement inflammatoire diffus, occupant à peu près la largeur de la main ; pas de fluctuation. Le long de la partie interne de la cuisse, trainées rouges d'angioleucites.

Genou gauche : Epanchement abondant dans la synoviale : la pression n'éveille de la douleur qu'au niveau de la partie interne, dans le point où existe la lymphangite.

Genou droit : Epanchement moins abondant qu'à gauche ; à la pression douleur au niveau du ligament latéral interne.

Pas d'altération des articulations tibio-tarsiennes.

Douleurs aux mouvements dans les deux épaules ; à la pression sensibilité au niveau des deux attaches inférieures des deltoïdes des deux côtés pas de gonflement ni d'œdème appréciables.

Poignet droit : Léger gonflement à la partie antérieure ; sensibilité à la pression au niveau des tendons fléchisseurs, ne descendant pas vers la paume de la main et ne remontant pas sur l'avant-bras le long du trajet des tendons. P. 80. Rien d'anormal dans l'auscultation du cœur.

Le 6. Les douleurs spontanées sont devenues bien plus vio-

lentes au niveau des deux poignets. Il s'est produit un œdème mou, très marqué au dos du poignet et à la main, avec rougeur, dispersée par traînées, sensibilité légère à la pression le long des tendons des fléchisseurs. P. 80.

Le 7. Même état.

Le 8. Les douleurs des épaules à la pression et spontanées ont disparu. L'épanchement du genou a diminué. L'état du poignet n'est pas modifié. La rougeur de l'angioleucite s'est effacée, l'empâtement au niveau du mollet est moindre. P. 80. Pas de frissons, sueurs peu abondantes. Langue blanche, anorexie.

Le 12. Gonflement du dos, des mains moindre. La pression éveille une douleur dans tout le pourtour de l'articulation du poignet; elle est devenue indolore le long des extenseurs. Les mouvements spontanés de la main sont devenus impossibles à cause de la douleur, les mouvements imprimés sont assez faciles et peu douloureux au niveau des articulations métocarpo-phalangiennes des deuxième et troisième doigts à droite, du deuxième à gauche, douleur à la pression sur le trajet du tendon extenseur, se propageant à une certaine distance en haut et en bas du tendon.

Membres inférieurs : L'angioleucite a complètement disparu; il n'existe plus d'empâtement du membre. Œdème mou très prononcé au dos des deux pieds et de la partie interne des deux cous-de-pied. La pression n'éveille de douleur que sous la malléole interne; elle laisse une impression très marquée dans l'œdème. Plus d'épanchement dans les genoux; légère douleur au niveau des articulations des coudes sans gonflement. Anorexie. Constipation.

Cœur. — Bruits anormaux.

Le 15. L'œdème des membres inférieurs a augmenté; il a gagné les pieds et les deux tiers inférieurs des jambes; il est mou et garde longtemps l'impression du doigt. Douleur à la pression tout au pourtour des articulations tibio-tarsiennes. L'épanchement du genou droit s'est reproduit. Aux mains, les articulations métocarpo-phalangiennes à droite, du pouce et du médus à gauche, sont envahies par le rhumatisme. Soir, 8 heures. Cœur sans impulsion avec des bruits anormaux.

Poumons : Auscultation et percussion normales.

Le 16. Râles sibilants et ronflants des deux côtés de la poitrine, avec maximum aux bases. Expectoration muqueuse abondante.

Le 18. Le gonflement des pieds a diminué; la sensibilité à la pression est plus vive à droite qu'à gauche; le maximum douloureux est au niveau des ligaments externes. Genou droit : toujours

un peu de liquide. Epaules: plus de douleur, ni aux mouvements, ni à la pression. Coudes mobiles et indolores. Poignet gauche indolore; droit, douleur à la pression au niveau du ligament latéral externe. Articulations métocarpo-phalangiennes: douleur à la face dorsale de l'index droit du médius et de l'annulaire gauches. Cœur: pas de bruit anormal; soir, 8 heures, sueurs abondantes.

Le 21. Le malade a été pris cette nuit d'une douleur très violente dans le côté droit, ayant deux maxima, l'un au-dessous du mamelon, l'autre au niveau des fausses côtes sur la ligne axillaire. La toux, la parole et la déglutition s'accompagnent d'une recrudescence de la douleur, et sont pour le malade le sujet d'une vive appréhension; il évite de parler et craint d'avaler des aliments ou liquides ou solides. A l'auscultation, on trouve vers la base du poumon, sur la ligne axillaire des râles très fins, secs, se produisant aux deux temps de la respiration et s'accompagnant d'un léger souffle pleurétique. La douleur a conservé toute son intensité. — Soir. Matité dans toute l'étendue de la base des poumons en arrière; pas de diminution du son en avant. Souffle pleurétique et égophonie au niveau de la matité; sur la ligne axillaire, frottement pleurétique très fin; au-dessus de l'épanchement, râles sibilants et ronflants disséminés. Plus de douleurs dans les membres supérieurs; toujours œdème très marqué au pourtour des malléoles; moins de rougeur à la peau; pas de douleur au niveau de l'articulation tibio-tarsienne droite; à gauche, douleur intense au niveau des ligaments latéraux interne et externe. Langue blanche, anorexie, constipation. Sueurs abondantes, pouls 88. Léger bruit de souffle au premier temps et à la base du cœur; rien à la pointe. Souffle intermittent dans les vaisseaux du cou.

Le 23. La douleur du côté est beaucoup moindre; la toux et la déglutition sont plus faciles. A la base des poumons en arrière, dans une étendue de quatre travers de doigt, matité, mélange de râles et de souffle pleurétiques. Râles sibilants et ronflants à la pointe supérieure du poumon. P. 84.

Le 25. Même état thoracique; le point de côté est beaucoup moindre; la déglutition se fait sans douleur.

Le 27. La matité est toujours aussi étendue; à la base du poumon en arrière, sur la ligne axillaire, frottement ou râle ronflant existant à l'ins et l'expiration; en arrière, souffle pleurétique doux plus marqué à l'expiration avec égophonie. Râles de bronchite nombreux dans toute l'étendue du poumon droit; respiration normale à gauche. La toux et la pression éveillent encore un peu de douleur au niveau des dernières côtes. P. 84. L'œdème

péri-malléolaire a presque entièrement disparu ; l'articulation tibio-tarsienne droite est indolore ; à gauche, la pression éveille encore un peu de douleur au niveau des ligaments latéraux, mais elle est beaucoup moins douloureuse. Les douleurs ont reparu dans les épaules ; la pression est douloureuse au niveau des insertions des deltoïdes. Rien au niveau des coudes, des poignets, des mains. A droite, la pression est douloureuse au niveau du plexus brachial, au-dessus et au-dessous de la clavicule, le long de la partie interne du bras, au niveau du faisceau vasculo-nerveux ; à l'avant-bras la pression n'éveille aucune douleur au niveau des troncs nerveux.

Le 29. Le point de côté a entièrement disparu. La matité est beaucoup moindre à la base du poumon ; plus d'égophonie ; mélange de râles et de frottements humides et gros ; plus de douleurs articulaires, de gonflement et d'œdème, ni dans les membres supérieurs, ni dans les membres inférieurs. La pression est encore douloureuse au niveau du plexus brachial droit, elle ne l'est plus au niveau du bras. P. 64. Cœur : léger bruit de souffle à la base et au premier temps.

Le 30. Poumon gauche : auscultation normale. Poumon droit : plus de matité à la base, marasme, respiration faible, quelques râles ou frottements humides. Respiration normale dans la partie supérieure du poumon.

2 juillet. L'amélioration continue. Plus de signes thoraciques. Le malade se lève ; encore un peu de sensibilité au niveau du plexus brachial droit.

Le 9. La pression au niveau du plexus est encore un peu douloureuse ; le malade continue à se lever tous les jours ; les forces reviennent.

Le 18. Le malade sort complètement guéri pour aller à Vincennes.

OBSERVATION IV.

Recueillie dans le service de M. le Dr Moutard-Martin, à l'Hôtel-Dieu, et due à l'obligeance de M. Dérignac, interne du service.

Rhumatisme articulaire aigu. — Pleurésies. — Souffle au deuxième temps à la base. — Souffle systolique au premier temps à la pointe.

Barde (Eugène), âgé de 26 ans, gardien de la paix, entre à l'Hôtel-Dieu, le 9 août 1881, salle Saint-Augustin, lit n° 23 bis.

Les antécédents héréditaires sont nuls absolument chez ce malade ; il nous affirme que ses parents n'ont jamais eu de rhuma-

Bressot.

tisme, jamais de douleurs dans les jointures, dans les membres, ne sont point cardiaques. Lui-même, avant son entrée à l'hôpital, n'avait point eu d'antécédents analogue à ceux qu'il éprouve actuellement ; il n'a jamais eu la syphilis, n'est point alcoolique, et a eu pour tout mal, dans ses antécédents, deux ou trois bronchites aiguës qui disparaissaient très vite ; il n'a jamais craché le sang, n'est pas hémorroïdaire, n'a jamais eu de migraine, d'épistaxis, etc., etc. Il y a cinq à six jours, à la suite d'un refroidissement, en montant la garde, cet homme sentit le soir même des douleurs dans les genoux, dans les cous-de-pied, douleurs qui s'exagérèrent bien vite, à tel point que le lendemain même de leur apparition, le malade fut confiné au lit. Lorsque le malade entre à l'hôpital, les articulations des pieds et des genoux sont le siège de douleurs vives, de rougeur, de gonflement, et contiennent une quantité assez abondante de liquide. Le malade est en proie à une fièvre assez vive ; sa peau est blanche, pâle, couverte de sueurs abondantes. Mais ce qui frappe, c'est un certain degré de coloration violette des extrémités qui s'accompagne de respirations fréquentes, avec dilatation des narines, bref de tous les symptômes de la dyspnée. Cependant le malade, et nous insistons beaucoup sur nos demandes, le malade, disons-nous, affirme n'avoir point ressenti le moindre point de côté, pas d'angoisse précordiale, point de dysphagie, point de hoquet ; la dyspnée elle-même que nous constatons, le malade ne s'en plaint pas ; elle semble s'être installée chez lui presque à son insu. Cependant elle existe bien réellement et constitue, avec la pression douloureuse sur le trajet du nerf phrénique, les seuls symptômes fonctionnels que nous constatons et qui sont certes bien loin de concorder dans leur intensité avec les signes physiques qu'il nous reste à mentionner. En effet, l'exploration de la poitrine révèle des lésions notables du côté du cœur, du côté des poumons.

Le pouls, tout d'abord régulier, égal n'est cependant point très fort malgré sa fréquence exagérée. 140 pulsations. Le cœur bat d'une façon énergique et l'auscultation fait découvrir à la base un souffle au deuxième temps qui a son maximum dans le deuxième espace à droite, puis se propage vers la pointe où l'on entend un souffle au premier temps bien distinct de celui de la base. Ces souffles sont forts, rudes, et doivent être mis sur le compte d'une lésion organique. Cependant en poursuivant le souffle du côté de l'aisselle, on voit que son extension de ce côté, ne se fait pas comme à l'état normal, ou même ne se fait point du tout ; en effet la cavité pleurale est le siège d'un épanchement occupant le tiers inférieur de la poitrine et qui se reconnaît à l'égophonie, au souffle, à l'absence de vibrations vocales, à l'augmentation du

volume du thorax, etc., etc. Du reste, point de crachats, mais au moment où nous quittons le malade une petite quinte de toux sèche sans expectoration.

Urines un peu albumineuses.

Sulfate de quinine, teinture d'iode au devant du cœur et sur le côté gauche de la poitrine.

Sulfate de quinine, 1 gramme, tisane de chiendent miellé et nitré à 4 grammes.

Le 10. L'état ne semble pas s'améliorer, cependant les 11, 12 et 13, la fièvre tombe malgré la persistance des signes physiques toujours sans expectoration. Suppression du sulfate de quinine.

Mais la température remonte le 14, le 15, le 16 et l'exploration de la poitrine nous fait découvrir un peu d'épanchement, épanchement qui n'existait point la veille et qui occupe déjà une hauteur notable dans la poitrine, le tiers environ. Sulfate de quinine, 75 centigrammes. L'exploration des sommets des poumons ne montre, comme les jours précédents du reste, absolument rien. Cependant la fièvre semble diminuer pendant quelques jours, mais elle reprend le 18, le 19; enfin elle commence à baisser à partir du 21; alors les signes physiques du côté des poumons et des jointures disparaissent, mais disparaissent lentement.

Le 29. L'épanchement à droite et à gauche a disparu, cependant il reste encore quelques râles sous-crépitaux aux deux bases, râles qui disparaissent après quatre ou cinq jours, et le malade sort le 5 septembre guéri de ses poumons, mais conservant deux souffles au cœur, un à la base, l'autre à la pointe, souffles dont nous avons parlé.

Comme l'observation de M. Chauffard, l'observation que nous rapportons est certes d'un grand intérêt, car elle montre une pleurésie évoluant au cours d'un rhumatisme, suivant la même marche que les accidents articulaires et disparaissant avec eux en même temps que la fièvre. Elle est intéressante encore parce qu'elle montre combien est insidieux le début des pleurésies qui nous occupent, à tel point qu'un peu de dyspnée, de la toux, ont constitué les seuls symptômes fonctionnels; mais au point de vue des discussions qui ont eu lieu touchant la nature de la pleu-

résie rhumatismale, elle est moins probante que celle de M. Chauffard, puisque dans l'observation de ce dernier auteur il n'existait point au début, lorsque déjà étaient manifestes les lésions pleuro-pulmonaires, il n'existait pas, disons-nous, de cardiopathies invoquées par certains auteurs pour expliquer l'apparition des lésions pleurales.

OBSERVATION V.

Pleurésie rhumatismale d'emblée.

Observation rapportée par M. Lasègue.

Il s'agit d'un jeune homme d'une vingtaine d'année qui fut pris tout à coup, après quelques jours de douleurs disséminées dans les membres, d'une pleurésie qui dura trois semaines. Celle-ci fut suivie d'un accès de manie des plus violents avec fièvre. M. Lasègue pensa que cette pleurésie et cette manie pouvaient bien être rhumatismales. En effet, quinze jours ne s'étaient pas écoulés que l'on vit tomber graduellement l'excitation maniaque; mais en même temps se développèrent des manifestations rhumatismales aiguës du côté du cœur et des jointures qui prouvèrent clairement la nature des maladies pleurétique et cérébrale.

OBSERVATION VI.

Rhumatisme. — Péricardite. — Pleurésie double.

Dès la mi-décembre 1875, le nommé Bertrand, âgé de 34 ans, entré le 4 janvier 1875 à l'hôpital Lariboisière, salle Saint-Vincent, n° 29, avait commencé à sentir des douleurs articulaires; mais ces douleurs sont devenues beaucoup plus vives depuis cinq jours; la marche même lui est devenue impossible; en même temps il a vu survenir des sueurs profuses; ses urines assez abondantes sont rougeâtres. La fièvre est intense; pas de maux de tête, quelques palpitations. Les articulations des pieds, des mains et des genoux sont douloureuses, sans chaleur ni gonflement notables. A l'examen du cœur, on découvre un bruit de souffle au premier temps et à la pointe, les bruits cardiaques aussi bien que le pouls sont irréguliers, ce dernier bat 98 pulsa-

tions. T. 38,8. Râles de bronchite dans la moitié inférieure du poumon droit.

5 janvier. On trouve une hypertrophie cardiaque appréciable à la percussion, de fortes palpitations, des battements très prononcés dans la carotide. La fièvre est diminuée. P. 88. T. 38,2.

Le 6. Vésicatoire sur la région précordiale. Pouls très irrégulier comme rythme et comme amplitude. Même souffle au cœur. douleurs articulaires très vives.

Le 7. Les douleurs des jointures sont légères, les sueurs moins abondantes, la respiration assez facile. Au cœur on constate le même souffle de la pointe, mais en outre un frottement péricardique assez rude se révèle ainsi qu'un frémissement de la pointe à la palpation. P. 95. T. 38,5.

Le 8. Mêmes signes de péricardite. Le frottement s'entend à la région précordiale sans se propager. Les bruits du cœur sont assourdis. P. 100. T. 38,8.

Le 9. Nouvelles douleurs dans les mains, frottement péricardique beaucoup moins marqué.

Poudre de feuilles de digitale 20 centigrammes. Soir, P. 108. T. 38,4. Un léger frottement persiste à la région précordiale. Pas d'oppression.

Le 10. Les deux poignets sont pris. P. 98. T. 38,3. Frottement péricardique plus prononcé que la veille. On constate en outre l'existence d'une pleurésie double; l'épanchement est presque nul; mais il est facile d'entendre des frottements pleuraux de chaque côté. On applique des vésicatoires en arrière de la poitrine.

Le 11. Peu d'oppression, langue sèche; miction difficile les articulations continuent d'être douloureuses, sueurs abondantes. Mêmes signes à l'auscultation dans la région précordiale et en arrière de la poitrine. P. 100. T. 38,2.

Le 12, matin. La douleur articulaire a diminué, le pouls est moins irrégulier. Pas de matité précordiale exagérée. Plus de frottement péricardique, on entend seulement du souffle mitral. Le frémissement que l'on sentait à la pointe par la palpation a presque entièrement disparu. L'examen de la plèvre a donné les résultats suivants: à droite, plus de frottement pleural, mais la percussion révèle une matité assez étendue; il se fait de l'épanchement; à gauche, même épanchement. Souffle pleurétique, égophonie, miction douloureuse indiquant une cystite cantharidienne. P. 92. T. 37,8.

Le 12, soir. La respiration n'est pas gênée. P. 98. T. 37,8.

Le 13. Pouls régulier, respiration assez facile; le malade ne tousse pas, l'articulation de l'épaule reste seule douloureuse.

Le 15. Pouls moins régulier, lent. Les épanchements pleuraux semblent diminuer, respiration de plus en plus facile, encore un peu de souffle pleurétique.

Le 16. Pouls presque normal.

Le 17. L'épanchement du côté gauche paraît réduit à peu de chose; à droite, il est encore marqué.

Le 19. Les épanchements pleuraux sont entièrement disparus.

Le 21. Quelques frottements seulement."

Le 24. On n'entend presque plus rien d'anormal à l'auscultation de la poitrine. Les battements du cœur sont assez forts, et les bruits irréguliers, le souffle mitral persiste.

OBSERVATION VII.

Rhumatisme articulaire aigu. — Pleurésie double. — Péricardite.

Le nommé Joly, âgé de 32 ans, entré à l'hôpital Lariboisière, salle Saint-Vincent, le 28 janvier 1875, est manifestement anémique; antécédents de rhumatisme dans sa famille; lui-même a déjà éprouvé deux attaques de rhumatisme articulaire aigu. A son entrée, il déclare que depuis douze jours, il a vu les jointures de ses membres inférieurs douloureux se gonfler, la respiration paraît très gênée.

28 janvier. L'oppression, la douleur respiratoire, paraissent moins considérables. On s'aperçoit en même temps qu'un double épanchement pleural s'est rapidement formé. La matité, l'absence de murmure vésiculaire, très sensibles des deux côtés sont pourtant beaucoup plus manifestes à droite. On entend dans la fosse sous-épineuse de ce côté du souffle et de la bronchophonie.

Le 29. Souffle présystolique, irrégularité des bruits cardiaques. Soir, les épanchements pleuraux persistent, ils ont même augmenté et l'oppression est plus grande. P. 110, T. 38°8.

Le 30. Mieux sensible, les épanchements pleuraux ont diminué, il reste encore de la matité et du souffle pleurétique, mais la respiration est plus facile; aucune douleur de côté. Les bruits du cœur sont plus réguliers, on remarque des crachats striés de sang, le malade urine bien, il y a eu deux selles en diarrhée.

1^{er} février. L'épanchement gauche est réduit à peu de chose, à droite la respiration est encore assez soufflante, oppression modérée. Les bruits du cœur deviennent assez irréguliers et sourds, la matité précordiale est plus étendue qu'à l'état physiologique. Deux pilules de poudre de digitale à 0 gr. 10. P. 98. T. 38°6.

Le 2. A droite comme à gauche l'épanchement pleural est à

peu près disparu. On entend des râles de bronchite dans les deux poumons.

Le 18. Après la disparition de la bronchite, le malade respire avec facilité, mais à cette date les douleurs articulaires reparais-sent sans être aussi intenses qu'au début.

Le 28. Douleurs articulaires peu vives ; frottements péricardi-ques à la base du cœur. L'étendue de la matité précordiale est très réduite.

1^{er} mars. Épanchement pleural à gauche, égophonie, beaucoup d'oppression. On applique un vésicatoire en arrière et à gauche, p. 96. T. 38°5.

Le 4. L'épanchement a diminué, encore un peu d'égophonie. Respiration plus facile.

Le 7. Douleurs dans le poignet droit.

Le 10. Douleurs dans le genou. Soir, un peu de fièvre, quel-ques frissons, douleurs plus vives : Les frottements péricardiques constatés à la fin de février, existent encore, mais il est facile de reconnaître qu'un nouvel épanchement s'est fait dans le péri-carde.

Le 28. Fin de la poussée de péricardite, le malade est dans une anémie profonde, il ne ressent aucune douleur dans les jointures. Un léger souffle persiste au premier temps et à la pointe.

Le 31. Le malade tousse beaucoup. Râles de bronchite, pas de crachats sanguinolents.

Le 9 avril. Le malade sort de l'hôpital. L'anémie est encore grande, il éprouve très vite de l'essoufflement et l'on entend des frottements pleuraux à gauche.

OBSERVATION VIII.

Rhumatisme articulaire aigu. — Péricardite et peut être endocardite.
Pleurésie gauche.

Auguste Lefranc, 30 ans, d'un tempérament lymphatique, d'une constitution peu vigoureuse, est admis à l'hôpital Necker, salle St-Ferdinand, le 22 mars 1873. Sa profession de cocher l'ex-pose à toutes les vicissitudes atmosphériques, et c'est à cette circonstance qu'il attribue le rhumatisme articulaire dont il souffre actuellement. Ses douleurs remontent à 4 jours ; il était du reste atteint de malaise depuis plusieurs semaines. Voici les symptômes qu'il présente le jour de son entrée. Les articulations des membres supérieurs et inférieurs sont très douloureuses, le moindre mouvement arrache des cris au malade, les jointures sont gonflées et la peau qui les recouvre est luisante, tendue,

chaude. Face rouge, couverte de sueurs, fièvre vive. P. 110. T. 39°5. Le malade accuse une douleur assez vive à la région précordiale, bruit de râpe diffus masquant les bruits normaux du cœur. Matité précordiale de 15 centimètres et de haut en bas. Les battements du cœur sont à peine appréciables pour la main appliquée sur la région où siège cette matité. En présence de ces symptômes le chef de service porta le diagnostic de péricardite et peut-être d'endocardite.

Sulfate de quinine, 0 gr. 60 en 3 paquets ; boissons diaphorétiques, onctions avec le baume tranquille, vésicatoire à la région précordiale. A la mi-avril, toute trace de rhumatisme avait disparu ; la matité précordiale elle-même était rentrée dans les limites physiologiques. Léger bruit de frottement isochrone aux battements du cœur. Mais le 20 avril, il se plaignit d'une douleur de côté qui lui était brusquement survenue dans la nuit, on peut alors constater l'absence complète du murmure vésiculaire en arrière et à gauche dans les 2/3 inférieurs du poumon. En un point plus rapproché du sommet on entendait distinctement du souffle bronchique et de l'égophonie. Respiration accélérée, fièvre assez ardente. P. 104. T. 38°8. Vésicatoire sur le côté gauche, sulfate de quinine 0 gr. 60 en trois paquets ; sous l'influence de cette simple médication, les effets ne tardèrent pas à s'amender et dès le 25 avril, le malade était en convalescence.

OBSERVATION IX.

Rhumatisme articulaire aigu. — Pleurésie double. — Péricardite tardive.

Le nommé Lacour, âgé de 22 ans, entré le 11 juin 1873 à l'hôpital Necker, salle St-Ferdinand, n° 12, service de M. Delpech, a toujours été d'une santé extrêmement délicate. Sa constitution est faible, lymphatique ; il est obligé de se livrer à un travail excessif et de plus, il est mal nourri et couche dans un local extrêmement humide. Quelques jours avant son entrée à l'hôpital, il fut pris de douleurs rhumatismales très vives ; toutes les articulations ont été successivement atteintes et enfin de compte, le rhumatisme semble être fixé au cou-de-pied gauche.

12 juin. Douleurs vives, inappétence, fièvre, sueurs profuses. P. 112. T. 39°.

Le 13. La plupart des grandes articulations, et en partie celles du poignet et du genou sont chaudes, tuméfiées et maintenues immobiles par l'acuité des douleurs que le malade y ressent ; ces douleurs ont un caractère d'extrême fugacité ; elles passent rapi-

dement d'une articulation à une autre, le malade est dans un état de faiblesse très grande. P. 104. T. 38°9.

Le 15. Après de nombreuses migrations les douleurs rhumatismales semblent s'être spécialement arrêtées dans les deux épaules. P. 98. T. 38°4.

Le 17. Douleurs subitement disparues ; le malade s'est trouvé pris subitement des symptômes suivants : oppression très considérable, mouvements respiratoires douloureux ; à la partie inférieure gauche de la poitrine une douleur assez aiguë s'est fait sentir et s'est considérablement augmentée par une toux sèche et quinteuse ; même douleur dans la partie inférieure de la poitrine, mais plus vive encore et occupant surtout la région du sein droit. Dans ce même côté droit on entend quelques râles crépitants très fins. A gauche toute la moitié inférieure du poumon présente de la matité. On constate en outre dans cette région du souffle pleurétique et de l'égophonie ; les vibrations sont insaisissables. En présence de ces symptômes on porte le diagnostic de pleurésie gauche avec légère pleuro-pneumonie à droite. Kermès 0,30. Vésicatoire à la base de chaque poumon.

Le 18. Même état.

Le 19. A la percussion : sonorité à la partie postérieure et supérieure de la poitrine jusqu'au niveau de l'épine de l'omoplate ; résonnance égophonique à ce niveau, matité et absence de tout bruit respiratoire dans la partie située au dessous. Quant aux symptômes de la pneumonie ils n'ont jamais été intenses et ont suivi une marche décroissante.

Le 20. Epanchement visiblement diminué des deux côtés sous l'influence des vésicatoires et des boissons diurétiques.

Le 25. L'affection semble jugée ; à cause de la faiblesse du malade on le garde en traitement dans le service.

10 juillet. Nous constatons à la région du cœur un bruit de souffle distinct : oppression et fréquentes défaillances.

Le 11. Voussure de forme triangulaire à la région précordiale. Matité complète dans tout l'espace de la voussure. Les battements du cœur sont sourds, profonds. Appliquée sur la région du cœur, la main n'éprouve pas de frémissements vibratoires.

Le 12. L'épanchement persiste.

Le 16. Tout va bien : un large vésicatoire semble avoir déterminé la résolution de l'épanchement ; la voussure et la matité exagérées ont disparu ; les battements cardiaques devenus très réguliers ont perdu leur fréquence. Il ne reste qu'une faiblesse extrême qui doit exiger un long traitement et de grandes précautions hygiéniques.

OBSERVATION X.

Rhumatisme articulaire aigu. — Pleurésie gauche.

Le 20 avril 1875, entré à l'hôpital Lariboisière, salle Saint-Vincent, n° 10, le nommé Martin (Henri), âgé de 19 ans. Depuis quatre jours ce jeune homme éprouve du malaise, de l'inappétence, la langue est saburrale, des douleurs vagues se sont fait sentir sur différents points et ont fini par se fixer sur le genou droit qui est gonflé, douloureux. Il est d'ailleurs impossible de rapporter ce phénomène à une blennorrhagie. On remarque des sueurs très abondantes. Interrogé sur son état de santé habituel, le malade répond qu'il a eu dans son enfance la danse de Saint-Guy, et que, depuis un an, il est sujet à des battements de cœur. La percussion et l'auscultation révèlent une hypertrophie du cœur très marquée, en même temps qu'une insuffisance de la valvule mitrale. A la date du 3 mai, les phénomènes présentent une intensité nouvelle; la fièvre est ardente. P. 96. T. 39.

4 mai. Le genou gauche et le coup-de-pied du même côté sont pris, la fièvre persiste. P. 96. T. 38°,6. Pendant les jours suivants le rhumatisme envahit successivement les autres articulations.

Le 10. Épanchement pleural assez abondant à gauche; égo-phonie au-dessous de l'épine de l'omoplate; abolition du murmure vésiculaire et matité complète à la base du poumon du même côté.

Le 14. L'épanchement a beaucoup diminué sans aucun traitement.

Le 16. Le liquide pleurétique est complètement résorbé et les douleurs articulaires n'ont pas reparu. Le malade entre en convalescence.

OBSERVATION XI.

Rhumatisme articulaire rigide. — Pleurésie probablement sèche.

Le nommé Gérardin, âgé de 25 ans, entre à l'hôpital Lariboisière, salle Saint-Vincent, le 21 mai 1875. Cet homme est rhumatisant, dans le cours de l'année 1874, il aurait déjà ressenti des douleurs rhumatismales. Depuis un mois ses forces ont diminué; il a maigri et des sueurs abondantes sont survenues; en même temps de vives douleurs ont envahi la plupart de ses articulations. Cependant il n'avait encore éprouvé aucun accès de

fièvre ; un point de côté se fit sentir du côté gauche et sa respiration devint gênée. Au moment de sa rentrée à l'hôpital, on constate que le cœur ne présente aucun signe pathologique. Mais en auscultant les organes thoraciques, on entend un bruit de frottement très prononcé à gauche dans la moitié inférieure du thorax. P. 90. T. 38°,2.

Le 26. Le frottement pleural est toujours nettement entendu, les douleurs articulaires persistent, mais avec un peu d'intensité. P. 98. T. 38°.

Le 28. Le malade respire assez bien, mais l'auscultation de la plèvre révèle toujours les mêmes bruits pathologiques.

Le 29. Le malade, sans être complètement guéri, sort sur sa demande.

OBSERVATION XII.

Rhumatisme articulaire aigu. — Lésion mitrale. — Pleurésie ou peut-être hydrothorax.

Le nommé Pécourt, âgé de 32 ans, entre à l'hôpital Lariboisière, salle Saint-Vincent, le 11 mars 1875. Ce malade, dont l'intelligence est assez développée, raconte avec des détails précis, qu'il y a dix ans, il fut soigné dans le service de M. Axenfel, pour un rhumatisme articulaire aigu, suivi d'une pleurésie double de peu de durée. Depuis cette époque sa santé n'avait rien laissé à désirer, il éprouvait cependant de l'oppression avec la plus grande facilité.

A son entrée à l'hôpital, il se plaint de vives douleurs dans les articulations des pieds, des genoux, des poignets et des épaules. P. 93. T. 38°,2.

Le 12. Les bruits du cœur sont faibles et assez irréguliers. P. 94. T. 38°,6.

Le 16. Respiration plus facile ; les bruits du cœur sont très sourds. On distingue un souffle au premier temps et à la pointe.

Le 21. Un peu de dyspnée et de fièvre. P. 95. T. 38°,5.

Le 22. Il n'y a plus de douleurs articulaires, mais on constate de la matité aux deux bases de la poitrine. L'épanchement paraît peu considérable.

Le 23. Pouls à peu près normal. On remarque un léger œdème des membres inférieurs et de la paroi abdominale. L'aspect du malade est celui d'un albuminurique ; cependant l'examen des urines est négatif sur ce point, même matité des deux bases, et même souffle cardiaque.

Le 24. Les bruits du cœur sont toujours très peu nets. Cepen-

dant on distingue à la pointe deux souffles, l'un présystolique, l'autre systolique.

Le 25. Même œdème des membres inférieurs, remontant jusqu'à la région lombaire ; rien de changé dans les épanchements pleuraux.

Pendant les quinze jours qui ont snivi, l'état du malade a présenté peu de changement, point de fièvre, aucun symptôme aigu. Sous l'influence d'un repos absolu, l'œdème des membres inférieurs a presque complètement disparu, mais les souffles cardiaques ont persisté et lorsque le malade sort le 2 mai, le liquide épanché dans les plèvres, n'est pas encore résorbé.

OBSERVATION XIII.

Rhumatisme articulaire aigu. — Lésion mitrale, hydrothorax.

La nommée Bourdon, âgée de 23 ans, entre à l'hôpital Lariboisière, salle St-Jean n° 12, le 13 mars 1875. Cette femme est malade depuis 4 ans, elle a eu un enfant qui est mort de convulsions dans sa première année. En 1874, elle fut atteinte d'un rhumatisme articulaire aigu suivi d'anémie. On l'a soignée à la Pitié pour chlorose. Elle déclare s'enrhumer très facilement. Depuis son attaque de rhumatisme, elle est sujette aux oppressions et elle se plaint de palpitations. Les crachats sont parfois mêlés de sang, elle se dit atteinte de leucorrhées et de dysménorrhée. A son entrée, elle souffre de douleurs articulaires dans les coudes et les poignets, les douleurs sont peu vives et la fièvre modérée. Pas d'amaigrissement sensible, la face est violacée, les digestions faciles. Elle n'éprouve pas de vomissements, sauf quelquefois dans les accès de toux. Ses jambes sont œdématisées depuis quelques mois, on entend à la pointe du cœur, un souffle mitral, il est facile de constater en outre un certain degré d'hypertrophie cardiaque. L'examen de la poitrine révèle de la submatité au sommet du poumon gauche et la respiration est rude à ce niveau. On constate aux deux bases tous les signes physiques d'un double épanchement plus abondant à gauche qu'à droite, la malade reste quelques jours à l'hôpital, puis elle part sans avoir éprouvé d'amélioration ; les épanchements persistent.

CONCLUSIONS.

1° Il existe bien nettement des pleurésies de nature rhumatismale.

2° Celles-ci, qui affectent toujours ou presque toujours une *marche aiguë* ont une durée en moyenne de 10, 12, 15 jours, peuvent s'annoncer par un début bruyant ou d'autrefois se développent au contraire d'une façon insidieuse.

3° Dans le premier cas une dyspnée intense avec douleur sous forme de zone plutôt que sous forme de point (Lasègue), l'apparition subite d'un épanchement notable, une toux sèche, une expectoration quelquefois visqueuse, sanglante, mettront sur la voie.

4° Lorsque la pleurésie est insidieuse une simple élévation dans la courbe thermique, un peu de cyanose, une dyspnée légère constitueront quelquefois les seuls signes ; de là le précepte d'ausculter tous les rhumatisants.

5° A la période d'état la pleurésie rhumatismale présente ces grands caractères de diminuer pour augmenter ensuite rapidement, disparaissant quelquefois du côté où elle existait d'abord pour se porter du côté opposé.

6° La pleurésie qui se montre au cours d'un rhumatisme est facilement rapportée à la véritable cause ; il n'en est pas de même quelquefois de celle qui survient en dehors des attaques de rhumatisme. Une zone douloureuse violente et d'apparition rapide, une dyspnée intense, seront les principaux signes ; y ajou-

ter la marche de la maladie, la connaissance des antécédents.

7° Les manifestations cardiaques de nature rhumatismale coïncident fréquemment avec la pleurésie de même nature. Mais si elles favorisent jusqu'à un certain point l'éclosion de ces dernières, elles ne peuvent les créer de toute pièce, témoin l'observation de M. Péter, dans laquelle la pleurésie apparut avant les manifestations du côté du cœur.

8° La tuberculose se développe bien rarement ou même ne suit jamais la pleurésie rhumatismale.

9° La transformation purulente de l'épanchement a été bien rarement, une fois peut-être, ou n'a jamais été observée.

10° Le diagnostic de la pleurésie rhumatismale est facile. Cependant il sera difficile quelquefois d'en reconnaître la nature, lorsqu'elle se développe en dehors d'une attaque de rhumatisme ordinaire.

11° Son pronostic n'acquiert de la gravité qu'autant que l'épanchement est assez considérable pour donner une dyspnée intense, ou des syncopes par refoulement du cœur ; ou encore qu'elle s'accompagne de complications cardiaques pulmonaires ou autres.

12° Son traitement comprend trois points.

1° Favoriser la résorption de l'exsudat.

2° Combattre la manifestation rhumatismale.

3° Combattre les complications.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- Chomel.** — Essai sur le rhumatisme. Thèse de Paris, 1813.
- Chenevière.** — Rhumatisme du diaphragme. Gazette des hôpitaux, 1858, page 738.
- Fernet.** — Du rhumatisme aigu et de ses diverses manifestations. Thèse de Paris, 1865.
- B. Ball.** — Du rhumatisme viscéral. Thèse. d'agrégation, 1866.
- Bucquoy.** — Gazette hebdomadaire, 1874, page 229 (avril, n° 65).
- Martin.** — De la pleurésie rhumatismale. Thèse de Paris, 1875.
- Lasègue.** — Archives générales de médecine, 1876. Angioleucite traumatique. Rhumatisme articulaire aigu. Pleurésie rhumatismale. Guérison.
- Lasègue.** — Archives générales de médecine, 1873, 11^e série, t. XXII, p. 240 et suivantes. Pleurésie bilatérale de nature rhumatismale.
- Trousseau.** — Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu.
- Bouillaud.** — Traité des maladies du cœur. Traité du rhumatisme articulaire. Paris, 1840.
- Jaccoud.** — Traité de pathologie interne, 2^e édition, t. II, article : Pleurésie, p. 133.
- Vojel.** — Traité des maladies goutteuses. Edition de l'Encyclopédie.
- Peter.** — Leçons de clinique médicale, 1873.
- Wunderlich.** — Handbuch der Pathologie.
- Blachez.** — Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie, 1874, t. XI, p. 505.
- Hardy et Béhier.** — Traité élémentaire de pathologie interne, 2^e édition, t. XI, 2^e partie, article Pleurésie, p. 891.
- Grisolle.** — Pathologie interne, 2^e édition, p. 173.
- Dieulafoy.** — Manuel de pathologie interne, article : Pleurésie, p. 464.
- Laveran et Tessier.** — Leçons de clinique et de pathologie médicales, article : Pleurésie, p. 985.
- Besnier.** — Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales, 3^e série, t. IV, 2^e partie, p. 598, 599.
- Stoll.** — Ratio medendi, t. III, p. 56.
- Barthez.** — Maladies goutteuses. Paris, 1819, p. 128.
- Musgrave.** — De arthritide anomali sive interna,
- Stork.** — Ann. med. secundi, p. 119.
- Latham.** — Clini. lect., t. II.
- Sydenham.** — Rhumatisme interne, décrit sous le nom de scorbutique. Obs. med. sect. IV, caput 5.
- Fuller.** — On rheumatism, 2^e édition.
-

QUESTIONS

SUR LES DIVERSES BRANCHES DES SCIENCES MÉDICALES.

Anatomie et histologie normales. — Idée générale du squelette.

Physiologie. — De la menstruation.

Physique. — Des leviers. Application à la mécanique animale.

Chimie. — De l'ammoniaque, ses propriétés, sa préparation, action des acides sur l'ammoniaque.

Histoire naturelle. — Des tiges, leur structure, leur direction; caractères qui distinguent les tiges des monocotylédones de celles des dicotylédones; théorie sur leur accroissement.

Pathologie externe. — De l'anévrysme artérioso-veineux.

Pathologie interne. — De l'ulcère chronique simple de l'estomac.

Pathologie générale. — De la gangrène.

Médecine opératoire. — De l'extraction linéaire de la cataracte, comparée aux autres procédés.

Pharmacologie. — Des cataplasmes, des sinapismes; quelles sont les féculs et les farines le plus souvent employées à leur préparation.

Anatomie et histologie pathologiques. — Des kystes.

Thérapeutique. — Sources principales auxquelles se puisent les indications thérapeutiques.

Hygiène. — Du tempérament.

Médecine légale. — Rigidité cadavérique, phénomènes de la putréfaction modifiés selon les milieux, le genre de mort, l'âge et les diverses circonstances.

Accouchement. — De l'accouchement par le pelvis.

Vu, le président de la thèse,

PETER.

Vu, bon et permis d'imprimer.

Le vice-recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD.

